



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

SANDRA MARIA BEZERRA DO NASCIMENTO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM
UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2017

Rio de Janeiro

2019

SANDRA MARIA BEZERRA DO NASCIMENTO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNTA EM
UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadoras: Prof^a. Dr^a. Amanda de Moura Souza

Prof^a. Dr^a. Jackeline Christine Pinto Lobato Vasconcelos

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANDRA MARIA BEZERRA DO NASCIMENTO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 24 de janeiro de 2019.

Prof^ª. Dr^ª. Amanda de Moura Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Tatiana Clarkson Mattos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Juliana Lustosa Torres
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Carla Joelma Villares Guimarães Maciel
Hospital Maternidade Carmela Dutra, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho à minha família por estar ao meu lado
sempre, especialmente aos meus pais, Adalberto
Nascimento (In memoriam) e Maria Nascimento por todo
o amor que jamais me deixaram faltar. A minha tia
materna Marlene Correia da Silva, por sua iniciativa em
trazer minha família para a cidade do Rio de Janeiro, fato
que contribuiu muitíssimo na mudança do rumo de minha
vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente por sua real e constante presença em minha vida.

Às minhas filhas, Sabrine, Caroline e Jaqueline, minha neta Luiza pelo incentivo, reforçando em minha mente que querer é poder e nunca é tarde para começar!

Ao meu marido Guilherme pela dedicação, apoio e compreensão durante toda esta trajetória.

Às minhas queridas orientadoras, Amanda e Jackeline, primeiramente pela paciência, atenção, apoio e a disponibilidade de sempre.

À Carla Maciel, minha preceptora no HMCD por me acolher com todo carinho, me fazendo sentir parte daquela unidade de saúde, compartilhando comigo seus conhecimentos e me despertando o interesse pelo tema, assim também, como pelas dicas e sugestões pertinentes que muito contribuíram na produção deste trabalho.

Às minhas lindas e amadas companheiras dessa estrada, Denise Campos, Juliene Neves, Elaneide Antunes, Narayane Martins, Neide Alves, Iaralyz Fernandes, Míriam Moura, Tatiana Maia e Tainara Melo por caminharmos juntas e dividirmos as dores e os prazeres da graduação, com a convicção de que ninguém jamais vence sozinho, pois só somos um quando somos todos!

IST/DST

“hoje existem verdadeiras epidemias circulando pelo mundo de maneira silenciosa, com milhares de pessoas todos os anos pegando e passando para frente vírus e bactérias, sem sentirem absolutamente nada”

Rico Vasconcelos

RESUMO

NASCIMENTO, Sandra Maria Bezerra do. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita em uma maternidade no município do Rio de Janeiro em 2017.** Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Introdução: A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, conscientes das epidemias das ISTs em todo o globo, lançou em 2010, como estratégia de controle dessas infecções, a Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical (TV) do HIV e da Sífilis na América Latina e Caribe. Apesar da melhoria na assistência à saúde materno-infantil, a incidência de Sífilis no Brasil se apresenta em crescimento constante nos últimos cinco anos e um grande desafio para a saúde pública. **Objetivo:** Caracterizar os casos notificados de sífilis congênita no Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD), município do Rio de Janeiro em 2017. **Metodologia:** Trata-se de um Estudo de Casos de sífilis congênita. Consistiu em analisar os dados a partir das notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) geradas na maternidade durante o ano de 2017, os registros de Sífilis em Gestantes no município e os dados de nascidos vivos na unidade de saúde, verificados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) de 2017. **Resultados:** O município registrou no período estudado 80.225 nascidos vivos (NV), destes 7% ocorreram no Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD). No mesmo período o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) registrou 1.304 notificações de Sífilis Congênita no município, com uma taxa de incidência de 16,2/1.000 nascidos vivos. As notificações de Sífilis em Gestantes somaram ao todo 3.877 casos para o mesmo ano, com uma taxa detecção de 48,3/1.000 nascidos vivos e o percentual referente à transmissão vertical (TV) foi de 33,6%. A maternidade estudada notificou no mesmo período, um total de 120 casos de Sífilis Congênita, contribuindo com 9% dos casos entre as Unidades Notificadoras (UN) do município. **Características dos casos:** Na maioria dos casos o diagnóstico ocorreu até o sexto dia de vida do recém-nascido (RN) (80,8%), as mães se encontravam na faixa etária entre 20 e 34 anos (71,7%) e Ensino Fundamental Incompleto (12,5%). O pré-natal foi realizado por 74% das mães, no entanto em 67% desses casos o tratamento foi considerado inadequado para sífilis, em especial pela não realização do tratamento pelo parceiro (74,2%). **Conclusão:** O Pré-natal do parceiro é uma estratégia que poderá contribuir positivamente na prevenção da sífilis congênita, favorecendo a redução da incidência desse grave problema de saúde pública no município do Rio de Janeiro e em todo o país.

Palavras-chave: Saúde pública. ISTs. Saúde Materno-infantil. Sífilis congênita.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.	16
Figura 2 - Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo Unidade da Federação de residência. Brasil, 2016	18
Figura 3 - Proporção de Nascidos Vivos no HMCD e demais unidades hospitalares do Município do Rio de Janeiro por sexo, 2017.....	33
Figura 4 - Notificações de Sífilis Congênita, números absolutos MRJ e relativos HMCD	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos Notificados (número, percentual e taxas) para o Brasil, Região Sudeste e o Estado do Rio de Janeiro, 2016	17
Tabela 2 - Casos Notificados (número e taxas) entre os Estados da Região Sudeste, em 2016	18
Tabela 3 - Esquema de Tratamento de Primeira Escolha e Alternativo Conforme Estágio Clínico da Doença	21
Tabela 4 - Variáveis dos Recém-nascidos e Maternas analisadas no estudo	31
Tabela 5 - Características sociodemográficas dos recém-nascidos com Sífilis Congênita no HMCD, 2017	35
Tabela 6 - Características sociodemográficas maternas dos recém-nascidos com Sífilis Congênita no HMCD, 2017.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EV	Endovenosa/Intravenosa
EXCEL	Excel aplicativo de criação de planilhas eletrônicas criado pela Microsoft.
GVE	Guia de Vigilância Epidemiológica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (human immunodeficiency vírus).
HMCD	Hospital Maternidade Carmela Dutra
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IM	Intramuscular
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
NVH	Núcleo de Vigilância Hospitalar
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PN	Pré-natal
PCDT-TV	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
RN	Recém nascido
RA	Região Administrativa
SC	Sífilis congênita
SG	Sífilis em Gestante
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
TELELAB	Programa de Educação Continuada do Ministério da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade de Internação Intermediária
UI	Unidades Internacionais
UN	Unidades Notificadoras
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 O PANORAMA DA SÍFILIS NO BRASIL	16
2.1 O QUE É SÍFILIS?.....	19
2.1.1 Diagnóstico	19
2.1.2 Tratamento.....	20
2.2 O QUE É SÍFILIS CONGÊNITA?	22
2.3 PAPEL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	22
2.3.1 Definição de Caso	23
3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A LINHA DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA.....	25
4 JUSTIFICATIVA	27
4 JUSTIFICATIVA	27
5 OBJETIVOS	29
5.1 OBJETIVO GERAL.....	29
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
6 MÉTODOS.....	30
6.1 CENÁRIO DE ESTUDO	30
6.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	31
6.3 COLETA DE DADOS	31
6.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO	31
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	32
6.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	32
7 RESULTADOS	33
8 DISCUSSÃO	37
9 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE	49
APÊNDICE A - COMENTÁRIO - A SÍFILIS NO BRASIL	50
ANEXOS	51
ANEXO A - PORTARIA Nº 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986.....	52
ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA	53

ANEXO D - PORTARIA 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016, MS/GM (BRASIL, 2016E)	
.....	58
ANEXO E - LEI Nº 13.430/2017, DE 31 DE MARÇO DE 2017	63
ANEXO F - DECRETO DE Nº 8.901/2016, PUBLICADO NO D.O.U EM 11/11/2016, QUE MUDOU A NOMENCLATURA DO TERMO “DST” PARA “IST”	64

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), ainda se configuram como um importante problema de saúde, cuja resolução tem se apresentado como um dos maiores desafios para a saúde pública do Brasil e do mundo. As ISTs são infecções causadas por microrganismos como vírus, bactérias, fungos e protozoários. São eventos em saúde transmitidos de uma pessoa infectada para outra por via sexual, através da prática sem proteção. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), são mais de um milhão de casos a cada dia, provocados por estes tipos de infecções no mundo. E estima-se que esse cálculo possa chegar a aproximadamente 357 milhões de novas infecções ao ano, como a gonorreia, a sífilis e a tricomoníase. A sífilis acomete anualmente mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo, de acordo com o Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2018).

Com relação à sífilis em gestantes, a estimativa é de um milhão de ocorrências por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) reconhece o peso crescente que o vírus HIV e a Sífilis Congênita causam à saúde de mães e filhos na América Latina e Caribe. Apenas nessa área são estimados anualmente que 6.400 crianças sejam infectadas pelo HIV, na maioria desses casos estas infecções ocorrem através de transmissão vertical (TV) e mais de 164.000 crianças nasçam com sífilis congênita (OPAS, 2010).

Em 2010 a OPAS e o Fundo das Nações Unidas para Infância UNICEF assumiram o compromisso de apoiar os países da região na construção de estratégias e ações para a eliminação desses agravos, cujos desfechos são facilmente preveníveis. Essas organizações lançaram no mesmo ano uma estratégia conjunta de combate a estes agravos denominada Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita como um problema de saúde pública com o incentivo de certificação para os países que alcançarem a meta até o ano de 2015.

Cuba foi o primeiro país no mundo a eliminar a transmissão vertical de HIV e sífilis ainda em 2015, seguido pela Tailândia e Bielorrússia em 2016. A República da Moldávia eliminou a TV de sífilis em 2016 e a Armênia recebeu a certificação por eliminar a TV de HIV também nesse mesmo ano (BRASIL, 2017a).

Segundo a OPAS, a América Latina e o Caribe constituem a região com a maior taxa de sífilis congênita a nível mundial. A OMS estima que dos 12 milhões de novos casos que ocorrem anualmente, três milhões deles ocorrem somente nos países da América Latina e do

Caribe. Contraditoriamente, esta alta incidência da doença na referida região ocorre em um contexto onde a maioria dos países possui ferramentas diagnósticas e tratamentos eficazes e de baixo custo (OPAS, 2010).

A sífilis congênita é uma doença grave e prevenível que pode ser eliminada com a tecnologia atual e a infraestrutura existente nos serviços de saúde. Especificamente, a triagem materna no início da gestação juntamente com rápido tratamento das gestantes reagentes ao *Treponema pallidum* com penicilina benzatina por via intramuscular (IM) previnem a ocorrência da sífilis congênita no recém-nascido e evitam as complicações geradas pela infecção (OPAS, 2009).

Para a OPAS, a triagem idealmente deveria ter lugar antes da 20ª semana de gestação ou na primeira visita ao pré-natal. E considera, portanto que a incidência de novos casos de sífilis congênita possa ser um marcador de falhas do sistema de saúde.

De acordo com a Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita de 2010 e com o objetivo de certificação dos seus municípios, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a taxa de transmissão do HIV em menos de 2%, com a taxa de incidência de até 0,3 casos/1000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita em até 0,5 casos em cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2017a).

A pergunta norteadora do presente trabalho surgiu em decorrência das atividades curriculares na disciplina Ações Integradas em Saúde Coletiva (AISC), que faz parte da grade curricular do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tais atividades foram desenvolvidas no Hospital Maternidade Carmela Dutra, município do Rio de Janeiro durante o ano de 2017, referentes a dois períodos da disciplina: AISC – VII – 2017.1 e AISC – VIII - 2017.2.

A escolha do tema seguiu a sequência: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) > Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) > Ações Integradas em Saúde Coletiva (AISC) VII e VIII > - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro > Hospital Maternidade Carmela Dutra > Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH/HMCD) > Agravos de Notificação Compulsória > Sífilis Congênita, 2017.

Durante o período de estágio o núcleo de vigilância coletou, investigou e encerrou vários agravos (181) de notificação compulsória. Ao manipular essas fichas foi observado que a maior proporção correspondia a casos de sífilis congênita (60,2%). O fato que mais chamou a atenção foi a informação sobre realização de acompanhamento pré-natal (PN) com diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação, ou seja, em tempo adequado na maior parte dos casos para efetivar a prevenção da sífilis congênita. Assim surgiram os

questionamentos sobre o que poderia estar acontecendo. Nos últimos anos a cobertura do PN tem sido ampliada e um grande percentual de gestantes tem acesso ao acompanhamento, através das ações de saúde da Atenção Básica.

Pergunta Norteadora:

Por que apesar da melhoria de cobertura do PN a Sífilis Congênita ainda é um problema que desafia a saúde pública?

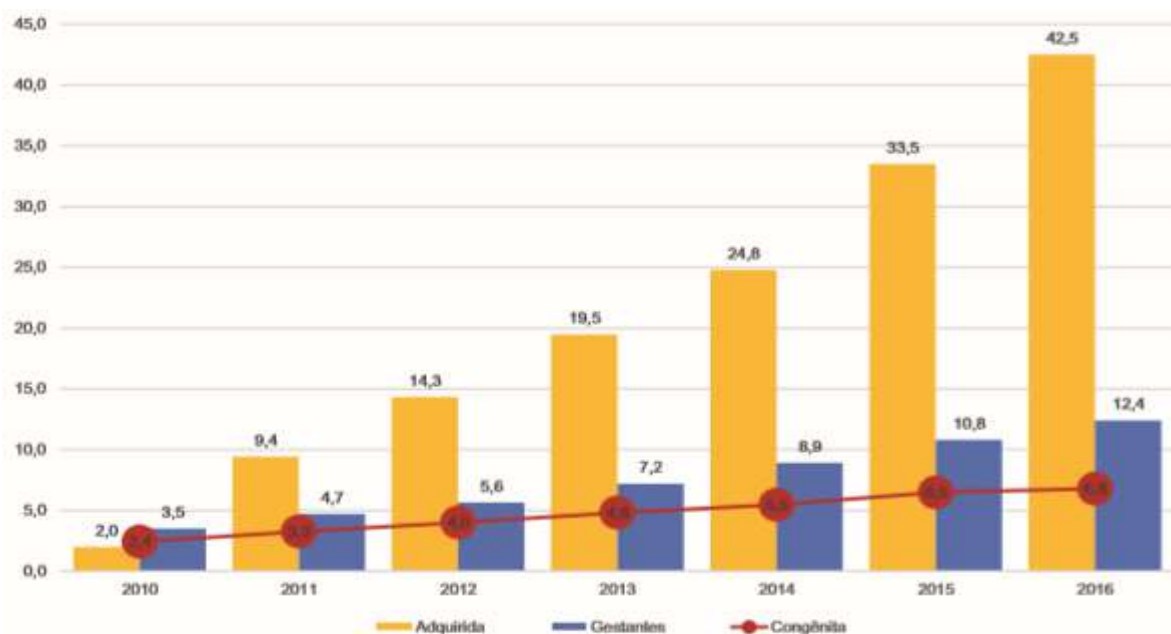
Dessa forma, o objetivo geral desse trabalho foi caracterizar os casos de sífilis congênita notificados no Hospital Maternidade Carmela Dutra durante o ano de 2017.

2 O PANORAMA DA SÍFILIS NO BRASIL

A incidência de sífilis no Brasil nos últimos cinco anos vem apresentando um crescimento contínuo, como pode ser observado através de dados do Boletim Epidemiológico 2017 (Figura 1) o que segundo o Ministério da Saúde brasileiro pode estar relacionado com o aumento da cobertura da testagem sorológica para sífilis, pela redução do uso de preservativos (prática de sexo inseguro), pelo desabastecimento da penicilina injetável no país e no mundo, pela resistência em se administrar o fármaco na Atenção Básica, entre outros fatores. Ressaltando também que o aprimoramento do Sistema de Vigilância também pode estar refletindo no aumento dos casos (BRASIL, 2017a).

A figura 1 apresenta uma série histórica entre os anos de 2010 e 2016 evidenciando o aumento dos casos de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita registrados no Brasil durante esses seis anos.

Figura 1- Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016



Fonte: Boletim Epidemiológico-MS (BRASIL, 2017a).

Quando observadas as taxas, individualmente para cada estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis em gestantes encontradas em Mato Grosso do Sul (23,7/1.000 NV); Rio de

Janeiro (23,4/1.000 NV); Espírito Santo (22,4/1.000 NV), Rio Grande do Sul (20,3/1.000 NV). A incidência de sífilis congênita, nos três primeiros estados, permanece em evidência, ao lado do estado de Pernambuco. As taxas para o Rio grande do Sul (12,5/1.000 NV); Rio de Janeiro (11,8/1.000 NV); Espírito Santo (10,4/1.000 NV) e Pernambuco (10,4/1.000 NV).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico 2017, no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste (53,5%). Entre os estados dessa região o Rio de Janeiro liderou com as maiores taxas de detecção de sífilis em gestante e sífilis congênita desse território (Tabela 1). As taxas de sífilis adquirida para os estados de Espírito Santo, São Paulo e Minas Gerais para o período foram de 82,5/100 mil hab.; 67,5/100 mil hab. e 35,0/100 mil hab., respectivamente. Com relação à sífilis adquirida os dois primeiros estados ficaram acima da taxa do Rio de Janeiro. Porém, no que se referem às demais taxas, o Estado do Rio de Janeiro se destaca (Tabela 2). O que não necessariamente indica maior incidência, mas esses números podem sugerir, talvez, que os casos estejam sendo mais notificados no estado, por exemplo.

A tabela 1 apresenta as notificações dos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para o ano de 2016, para o Brasil, a Região Sudeste e o Estado do Rio de Janeiro, onde as taxas de SG, SC e óbitos por SC para o estado se apresentam acima das taxas para a região e o país como todo. Além disso, a tabela 2 mostra um comparativo entre as taxas apresentadas nos Estados da região sudeste em 2016.

Tabela 1 - Casos Notificados (número, percentual e taxas) para o Brasil, Região Sudeste e o Estado do Rio de Janeiro, 2016

	Brasil			Região Sudeste			Rio de Janeiro		
Agravo	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
Sífilis adquirida	87.593	100	42,5/100 mil hab.	46.898	53,5	54,3/100 mil hab.	6.080	6,9	36,5/100 mil hab.
Sífilis Gestante	37.436	100	12,4/1.000 NV	17.551	46,9	14,7/1.000 NV	5.540	14,8	23,4/1.000 NV
Sífilis Congênita	20.477	100	6,8/1.000 NV	8.495	41,5	7,1/1.000 NV	2.805	41,5	11,8/1.000 NV
Óbito p/ SC	185	100	6,1/100 mil NV	73	39,5	6,1/100 mil NV	43	23,2	18,1/100.mil NV

Fonte: Boletim Epidemiológico Sífilis/MS (BRASIL, 2017a).

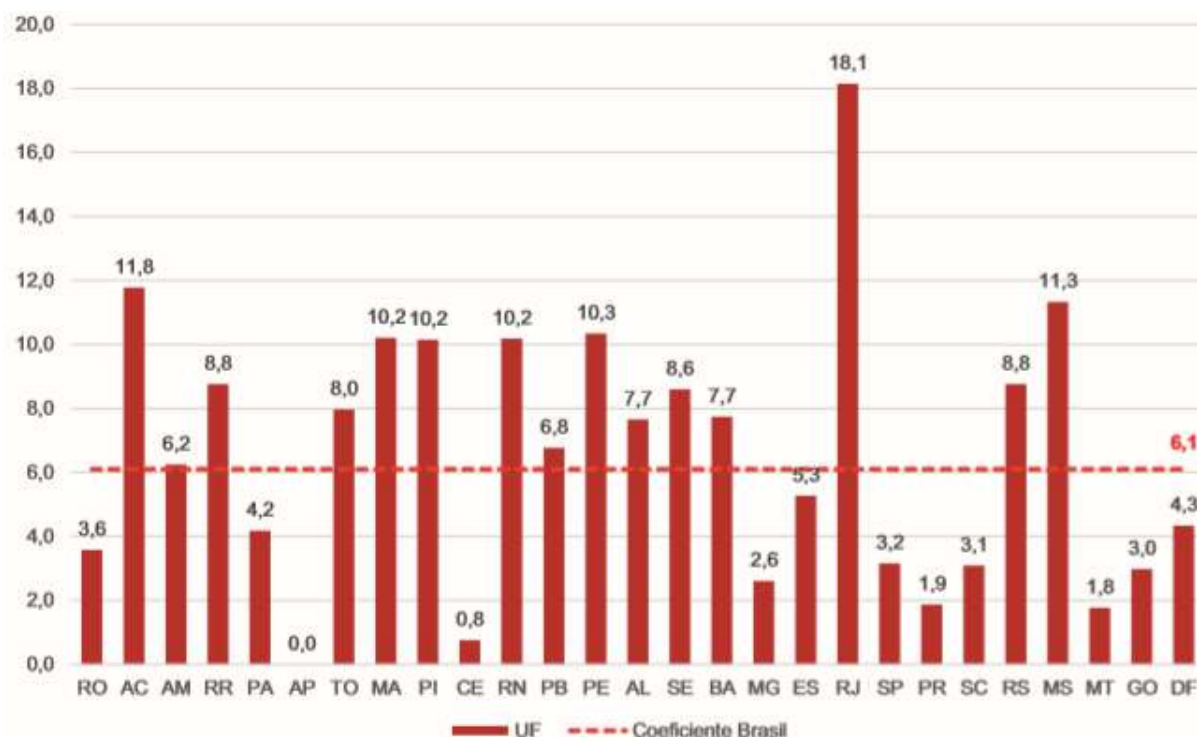
Tabela 2 - Casos Notificados (número e taxas) entre os Estados da Região Sudeste, em 2016

Sudeste	Espírito Santo		Minas Gerais		Rio de Janeiro		São Paulo	
Agravo	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Sífilis Adq.	3.277	82,5/100 mil hab.	7.358	35,0/100 mil hab.	6.080	36,5/100 mil hab.	30.183	67,4/100 mil hab.
Sífilis Gest.	1.274	22,4/1.000 NV	2.546	9,5/1.000 NV	5.540	23,4/1.000 NV	8.191	12,9/1.000 NV
Sífilis Cong.	593	10,4/1.000 NV	1.447	5,4/1.000 NV	2.805	11,8/1.000 NV	3.650	5,8/1.000 NV
Óbt p/ SC	3	5,3/100 mil NV	7	2,6/100 mil NV	43	18/100 mil NV	20	3,2/100 mil NV

Fonte: Boletim Epidemiológico Sífilis/MS (BRASIL, 2017a).

Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, representados na figura 2 sobressai a taxa de 18,1 óbitos/100.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, representando 23,2% do total observado em todo o país (BRASIL, 2017a).

Figura 2 - Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo Unidade da Federação de residência. Brasil, 2016



Fonte: Boletim Epidemiológico-MS (BRASIL, 2017a).

2.1 O QUE É SÍFILIS?

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID - 10), a sífilis está categorizada sob três códigos: Sífilis Adquirida: (CID 10) A 53.9; Sífilis em Gestante: (CID 10) O 98.1 e Sífilis Congênita (CID 10) A 50.9 (BRASIL, 2017b).

A sífilis é uma infecção provocada por uma bactéria Gram-negativa, espiralada, pertencente ao grupo das espiroquetas, o *Treponema pallidum*, que acomete primeiramente os órgãos genitais, mas pode também afetar os lábios, a língua e áreas de pele com soluções de continuidade. A infecção pode ter atuação sistêmica e se tornar crônica, quando não tratada. Podendo evoluir entre os estágios primário, secundário, terciário ou como latente recente e latente tardia, dependendo do tempo em que a infecção foi instalada. Seu único reservatório é o organismo humano. É uma doença infectocontagiosa, transmitida por contato direto, especialmente através do contato sexual desprotegido. A transmissão também ocorre de forma vertical, quando é transmitida da mãe infectada para o conceito, durante a gestação ou no momento do parto.

Os sinais e sintomas da sífilis são muito variáveis e complexos e podem comprometer os sistemas nervoso, respiratório, gastrointestinal e cardiovascular, quando não tratada (BRASIL, 2017b).

2.1.1 Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis é feito através de testes treponêmicos e os não treponêmicos.

- *Testes Treponêmicos*

São aqueles que detectam anticorpos contra antígenos do *Treponema pallidum*. São qualitativos. Eles definem a presença ou ausência de anticorpos na amostra.

- *Testes Não Treponêmicos*

São testes que detectam anticorpos não treponêmicos, anteriormente denominados anticardiolipínicos, reagínicos ou lipoídicos. Esses anticorpos não são específicos para *Treponema pallidum*, porém estão presentes na sífilis. Os testes não treponêmicos podem ser quantitativos e qualitativos.

Qualitativos – usados na triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não;

Quantitativos – usados para determinar a titulação dos anticorpos apresentados em amostras reagentes e no monitoramento da resposta ao tratamento realizado.

O título é indicado pela última diluição da amostra que ainda apresenta reatividade ou floculação visível.

Toda amostra reagente deve ser submetida a um teste não treponêmico quantitativo e um teste treponêmico (BRASIL, [1997?]).

O título é indicado pela última diluição da amostra que ainda apresenta reatividade ou floculação visível. Toda amostra reagente deve ser submetida a um teste não treponêmico quantitativo e um teste treponêmico (BRASIL, 2016a).

2.1.2 Tratamento

Para o tratamento da sífilis em qualquer estágio da doença, a Penicilina é considerada como medicamento de primeira escolha por eficácia comprovada no combate à infecção e o esquema terapêutico depende da avaliação clínica do paciente. Em casos de pacientes alérgicos ao fármaco, outros antibióticos podem ser indicados, como a Ceftriaxona 1 Gr. ou a Doxiciclina 100 Mg. Porém, em casos de gestantes apresentarem reações alérgicas, estas deverão passar por um processo de dessensibilização, pois a penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes por oferecer menor risco de toxicidade ao feto e ter a capacidade de atravessar a barreira placentária (BRASIL, 2017c).

De acordo com o Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Humana, e Hepatites Virais (DIAHV), do Ministério da Saúde existem relatos de resistência do *Treponema pallidum* aos macrolídeos (doxiciclina) e ainda não há estudos controlados que apontem a eficácia de Ceftriaxona em gestantes de forma adequada a beneficiar o feto (BRASIL, 2017c).

A tabela abaixo ilustra os estágios e os esquemas terapêuticos para cada um dos casos de sífilis (Tabela 3).

Tabela 3 - Esquema de Tratamento de Primeira Escolha e Alternativo Conforme Estágio Clínico da Doença

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ESQUEMA ALTERNATIVO (*contra-indicado para gestantes)
Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo).	Doxiciclina 100mg, via oral, 2 vezes ao dia, por 15 dias ou Ceftriaxona 1Gr. IV ou IM por 8 ou 10 dias.
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução): sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM.	Doxiciclina 100mg, via oral, 2 vezes ao dia, por 15 dias ou Ceftriaxona 1Gr. IV ou IM por 8 ou 10 dias.
Neurossífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua por 14 dias.	Ceftriaxona 2 Gr. IV ou IM, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias.

*Qualquer tratamento não penicilínico durante a gestação é considerado como Tratamento inadequado, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. (PCDT-TV).

Fonte: DIAHV/SVS/MS(BRASIL, 2016b).

- **Tratamento Materno**

O tratamento adequado da gestante com sífilis é uma estratégia efetiva para a prevenção da sífilis congênita, reduzindo em muito os riscos de desfechos desfavoráveis.

Esquema de Tratamento Adequado: É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado: É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi (ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível (BRASIL, 2017b).

Obs: Em outubro de 2017 houve mudança na condução dos casos de sífilis congênita referente ao tratamento do parceiro sexual materno alterando os critérios de definição de caso conforme a Nota Informativa Nº 2-SET/2017- DIAHV/SVS/MS (ANEXO B).

Quanto à ficha de notificação/investigação de sífilis congênita a nova definição de caso considera como tratamento adequado - o tratamento para o estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto, desconsiderando a informação do tratamento concomitantemente da parceria sexual das gestantes. Portanto, para não gerar inconsistência no Sinan, torna-se provisória a inserção da informação “ISIM” no campo 46 (parceiro tratado concomitantemente com a gestante) independente da informação coletada. (BRASIL, 2017a, p. 4).

2.2 O QUE É SÍFILIS CONGÊNITA?

CID 10 Sífilis Congênita: A 50.9

A sífilis congênita é transmissão do *Treponema pallidum* passada pela gestante infectada ao feto por via transplacentária ou até mesmo no momento do parto, caso haja lesões genitais maternas. Pode ocorrer em qualquer período da gestação ou estágio da infecção da mãe. Pelo fato de haver grande circulação de bactérias nos primeiros estágios, a probabilidade de transmissão é maior, assim como os agravos e danos fetais (BRASIL, 2017a).

2.3 PAPEL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita figura na Lista das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória desde 1986, através da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Sífilis em gestante passou a fazer parte em 2005, através da Portaria nº 33, de 14 de julho deste ano (BRASIL, 2005). Em 2010 a sífilis adquirida entrou para a lista, sob a Portaria 2.472, de 31 de agosto de 2010. A ficha de notificação compulsória é o instrumento utilizado para a coleta dos dados e alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2010).

A vigilância epidemiológica é de fundamental importância para o controle e prevenção das doenças e agravos em saúde. É através da observação da frequência, considerando o tempo, o lugar, e de como está sendo a dinâmica da transmissão entre a população afetada que se torna possível relacionar os fatores de risco na ocorrência dos casos e pensar em uma intervenção exequível e efetiva.

A partir dos dados coletados nas fichas de notificação que se torna possível avaliar a dimensão, a tendência e o comportamento da infecção no espaço e por isso é essencial, que esta seja preenchida corretamente e em sua completude, de forma mais clara, consistente e fidedigna possível. São esses dados, coletados pela vigilância epidemiológica, processados e analisados que geram as informações necessárias para o planejamento e a formação das políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, e que devem sobre tudo, estar baseados em evidências. Assim como para as ações e medidas de controle e prevenção da epidemia de sífilis.

Após esta análise levanta-se o perfil da epidemia para que se possa fazer a tomada de decisões com a programação de estratégias e ações que promovam a redução ou minimização dos danos à saúde de gestantes e crianças. Portanto, a ficha de notificação compulsória (em anexo) consiste em uma ferramenta de extrema preciosidade para a vigilância da saúde.

A identificação dos fatores de risco ligados à transmissão vertical da sífilis, assim como também outros agravos em saúde está ligada diretamente à atuação da vigilância epidemiológica, sendo necessária e de grande relevância sua implantação em todas as unidades de assistência à saúde.

2.3.1 Definição de Caso

O Ministério da Saúde define um caso de sífilis congênita baseado em quatro critérios e a partir destes são orientadas as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimortos.

3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A LINHA DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS) as Redes de Atenção à Saúde (RAS), elencando como Redes Prioritárias a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Pessoas com Deficiência e a Rede Psicossocial.

As RAS foram desenhadas para superar a fragmentação do sistema, que como consequência apresentava pouca resolutividade às necessidades de saúde da população.

As redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

3.1 A REDE CEGONHA E A AMPLIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Considerando as elevadas taxas morbimortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal em 2011 foi implementada a Rede Cegonha através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Esse sistema integra assistência à gravidez, ao parto, ao puerpério e também o seguimento da criança até o segundo ano de vida.

O objetivo da rede é assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, o direito a ter uma gestação, parto e puerpério de forma segura e humanizada e à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2016b).

Os princípios da Rede Cegonha são:

- humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência;
- organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS);
- acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção;
- vinculação da gestante à maternidade;
- gestante não peregrina;
- realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno. (BRASIL, 2013).

Para garantir o melhor cuidado à mãe e ao bebê, do momento da gestação até o parto; reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização de exames durante o pré-natal, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro implantou em 2011 a Rede Cegonha

Carioca. O projeto teve início primeiramente na Rocinha, em Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. A partir do ano de 2012 foi ampliado para as demais áreas do território.

A porta de entrada da gestante no sistema é a Atenção Primária a Saúde (APS), através da Estratégia de Saúde da Família, cuja cobertura em 2016 chegava a aproximadamente 70% (VILELLA, 2016).

“O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2013, p. 33).

O alto percentual de casos de sífilis congênita notificados na maternidade em 2017(60,2%), o fato da maioria das mães terem realizado acompanhamento PN e a boa cobertura da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro fomentaram a pergunta norteadora do presente trabalho.

4 JUSTIFICATIVA

A sífilis congênita é uma doença curável, com diagnóstico rápido e tratamento comprovadamente eficaz, seguro e de baixo custo, ou seja, pode ser prevenida através de medidas simples e por essas razões a mortalidade por sífilis congênita é considerada óbito causa evitável. Os danos causados à criança são graves e podem trazer muitas complicações como mortes fetais e neonatais, prematuridade e baixo peso ao nascer e sequelas provocadas pela ação *Treponema pallidum*.

Durante o ano de 2017, o Curso de Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ, ofereceu como proposta didático-pedagógica as vivências em campo. O objetivo desta proposta foi fazer com que os alunos colocassem em prática o conteúdo teórico apreendido em sala de aula durante o processo de formação e percebessem definitivamente qual é o papel e o lugar de um sanitarista dentro das diversas áreas do Sistema Único de Saúde (SUS). O que é ser sanitarista? A função dos graduandos seria reunir os conhecimentos adquiridos em salas de aulas e desenvolver o olhar abrangente, que vê o processo saúde/doença não só pela ótica biologicista, mas que percebe e busca entender que todo o contexto socioeconômico em que os indivíduos estão inseridos define a qualidade de vida destes. São os Determinantes Sociais (DSS) que irão definir o grau de saúde e/ou a carga de doença em uma determinada população. Diversas portas foram disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, incluindo o Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD), onde realizei meu estágio. O interesse em trabalhar com o tema se deu em função das atividades realizadas durante o período vivido na unidade de saúde, através da busca ativa e da manipulação das fichas de notificação e investigação dos casos e perceber que a maior proporção dos casos se referia à sífilis congênita.

O presente trabalho é resultado da experiência vivida nessa maternidade. Foi desenvolvida no núcleo de vigilância hospitalar (NVH) da unidade (Setor de Epidemiologia). Durante o período pesquisado o NVH/HMCD captou 186 notificações. Cinco casos permaneceram em investigação epidemiológica e 181 foram encerrados e distribuídos pelas seguintes doenças, eventos e/ou agravos: sífilis congênita (60,2%), sífilis em gestantes (13,3%), sífilis adquirida (0,6%), síndrome respiratória aguda grave (5,0%), criança exposta ao HIV (2,8%), febre do vírus zika (2,2%), Infecção pelo vírus da dengue (0,6%), acidente de trabalho com exposição à material biológico(3,3%), sintomático respiratório (0,6%), varicela

(0,6%), toxoplasmose congênita (0,55%), violência interpessoal/autoprovoçada 7,7%), intoxicação exógena(1,1%), meningite(1,1%).

A maior proporção dos casos notificados se referiu à sífilis congênita (SC). A relevância na escolha do tema se deu pelo fato da transmissão da bactéria no período gestacional ser um agravo 100% prevenível; os danos provocados pelo microrganismo são graves, podendo resultar em perdas fetais, óbitos neonatais, danos neurológicos, alterações ósseas e oftálmicas; mortalidade infantil por SC em menores de um ano de vida é uma das mais importantes causas no município do Rio de Janeiro, de acordo com dados do Boletim Epidemiológico 2017, a taxa foi de 18,1/10 mil NV para o ano de 2016 (Figura 2); e por ser passível de prevenção é considerada óbito por causa evitável. Diante disso há que se pensar em estratégias e ações para intervir efetivamente no controle dessa grave epidemia no município.

A transmissão vertical da sífilis se apresenta em crescimento constante em todo o território nacional, apesar da melhoria da atenção ao pré-natal, que inclui o rastreamento, a testagem sorológica e tratamento materno. O Ministério da Saúde preconiza um número mínimo de seis consultas para a mulher durante a gestação. Essas gestantes são testadas no primeiro contato com a unidade de saúde, geralmente no primeiro trimestre de gravidez, no terceiro trimestre e no momento do parto, aborto ou outras intercorrências (internações). Muitas gestantes realizam pré-natal adequado, são tratadas com o fármaco preconizado (Penicilina benzatina), mas isso, não necessariamente garante a prevenção, pois a transmissão ocorre em muitos casos. Encontrar o nó crítico nesse caminho se faz necessário para que se encontrem respostas, que possam gerar conhecimento para a tomada de ação, com garantia da integralidade na atenção à saúde das mulheres e de suas crianças. Dessa forma, este trabalho visou caracterizar os casos notificados de sífilis congênita no HMCD, de forma a contribuir para o entendimento desse grave problema de saúde pública.

Pergunta Norteadora

Pelo fato de ter manuseado as fichas de notificação durante o período de estágio na maternidade e observar que na maioria dos casos havia informação de acompanhamento Pré-natal (PN), com diagnóstico e tratamento realizados em tempo oportuno na maioria das situações foi formulada essa pergunta:

Por que apesar da melhoria de cobertura do Pré-natal a Sífilis Congênita ainda é um problema que desafia a saúde pública?

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os casos notificados de sífilis congênita em uma maternidade no município do Rio de Janeiro em 2017.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar a proporção de casos de sífilis congênita entre o total de notificações da maternidade no ano de 2017;

Descrever a ocorrência de sífilis congênita de acordo com as características maternas e do recém-nascido.

6 MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um Estudo de Casos de Sífilis Congênita. Consistiu em analisar os dados secundários a partir das notificações dessa infecção do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) geradas no Hospital Maternidade Carmela Dutra durante o ano de 2017, assim como também os registros de Sífilis em Gestantes no município e os dados de nascidos vivos na unidade de saúde, verificados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos Sinasc de 2017.

6.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD), situado na Zona Norte do município de Rio de Janeiro, na Área de Planejamento (AP) 3.2, área subdividida por três Regiões Administrativas (RA): XII – Inhaúma; XIII - Méier e XXVIII –Jacarezinho, englobando 23 bairros. População estimada em 2012: 576.268 habitantes. Os 28 equipamentos de saúde da região são distribuídos entre as nove Clínicas da Família (CF), sete Centros Municipais de Saúde (CMS), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três Hospitais Municipais (entre estes a maternidade), duas Policlínicas, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), um Instituto Municipal de Assistência à Saúde Mental (IMASM), um Centro Municipal de Reabilitação e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A unidade é administrada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro é referência para partos de baixo e alto risco, recebendo, portanto gestantes de outras APs e até mesmo de outros municípios. O equipamento se configura como uma das maiores maternidades do município possui capacidade para 97 leitos, entre estes, parto, pré-parto, alojamento conjunto, Unidade de Internação Intermediária (UI) e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal, ambulatório, Espaço da Puérpera (mães na condição de acompanhantes) e setor de emergência. A unidade também se destaca por oferecer um serviço de banco de leite materno e o método canguru, com incentivo a participação do pai/parceiro na construção do vínculo afetivo entre mamãe/papai-bebê, estratégia que visa à melhoria da qualidade da assistência materno-infantil e contribui favoravelmente para um menor tempo de internação hospitalar do RN.

6.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi composta por recém-nascidos na maternidade com testes sorológicos reagentes ao *Treponema pallidum*, de acordo com as definições de caso estabelecidas pelo Ministério da Saúde, nascidos no HMCD, na A.P 3.2, Rio de Janeiro no ano de 2017.

6.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir do TabNet Municipal do Rio de Janeiro em dezembro de 2018. O TabNet é um tabulador eletrônico online disponibilizado pelo Datasus, de livre acesso. Nele, foram utilizados dois sistemas de informação: o Sinan e o Sinasc.

6.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Para a análise dos dados, foram selecionadas variáveis de caracterização dos recém-nascidos e materna, descritas na tabela 4.

Tabela 4 - Variáveis dos Recém-nascidos e Maternas analisadas no estudo

VÁRIÁVEIS DO RN	CARACTERÍSTICAS DO RN
Sexo	Masculino, Feminino
Raça/Cor	Branca, Preta, Parda, Ignorado
Idade no diagnóstico	Idade expressa em dias
Classificação Final	Sífilis Congênita Recente, Natimorto e Aborto
Evolução do caso	Vivo Óbito por Sífilis Congênita; Natimorto e Aborto
VÁRIÁVEIS DA MÃE	CARACTERÍSTICAS MATERNAS
Idade/ Faixa Etária	Idade expressa em anos e agregadas por faixas etárias
Escolaridade	Anos de escolaridade agregados em níveis
Realização de PN	Sim, Não
Diagnóstico Materno	Período: Durante o Pré-Natal, no momento do parto ou Curetagem ou Após o Parto.
Esquema de tratamento	Adequado; Não adequado ou Não realizado.
Tratamento do parceiro	Sim, Não ou Ignorado.

Fonte: Datasus, 2018.

Foram calculadas a proporção de casos de sífilis congênita notificados entre o número total de nascimentos ocorridos no Hospital Maternidade Carmela Dutra durante o ano de

2017, a taxa de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos e a proporção de transmissão vertical para o município do Rio de Janeiro do mesmo ano. Os casos foram descritos segundo características do recém-nascido e da mãe.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através do Programa Excel 2007. A análise foi descritiva, caracterizando o perfil da população do estudo. Também foram calculadas as taxas de incidência da sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) a taxa de detecção de SG (por 1.000/nascidos vivos) e a proporção referente à Transmissão Vertical (TV) para o município do Rio de Janeiro, utilizando-se os dados demográficos para a população residente.

6.6 QUESTÕES ÉTICAS

Trata-se de dados de domínio público, que não são nominais e, portanto, não necessitaram de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

7 RESULTADOS

Durante o período de 2017 o Sinasc registrou em sua base de dados 80.225 nascidos vivos no município. Deste total, 5.618 (7%) dos nascimentos ocorreram no HMCD.

Na figura 3 observamos a distribuição de nascidos vivos entre os sexos no HMCD e as demais unidades hospitalares do município indicando que não houve diferença relevante entre as proporções. O dado que chama a atenção é a ocorrência de ignorado quanto à variável sexo no município (demais unidades hospitalares), cuja proporção foi de 0,03% (25 nascidos vivos).

Figura 3 - Proporção de Nascidos Vivos no HMCD e demais unidades hospitalares do Município do Rio de Janeiro por sexo, 2017

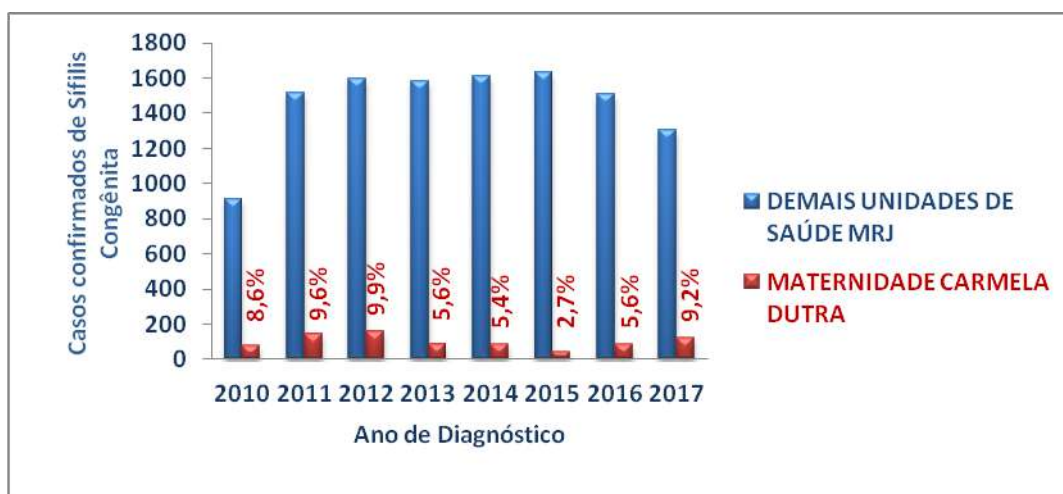


Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos/TabNet (RIO DE JANEIRO, 2018).

Neste mesmo período o Sinan registrou em sua base de dados 1.304 notificações de sífilis congênita e 3.877 casos de sífilis em gestante. A taxa de incidência de SC calculada para o município do Rio de Janeiro foi de 16,2/1.000 nascidos vivos, a taxa de detecção de SG foi de 48,3/1.000 nascidos vivos. O percentual relativo à transmissão vertical (TV) para o município apresentou-se em 33,6%, ou seja, para cada 100 gestantes infectadas com o *Treponema pallidum*, o desfecho ocorreu em 33,6 dos recém-nascidos. Do total dos casos de SC notificados na maternidade no mesmo tempo, o Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) do HMCD coletou, investigou, encerrou e digitou no Sinan-Rio 120 fichas de notificação de Sífilis Congênita, contribuindo com 9% do total de casos do período entre as unidades notificadoras de saúde do município. A proporção de casos notificados na maternidade foi de 2,1%, no período de janeiro a dezembro do ano de 2017.

A Figura 3 apresenta uma série histórica de notificações de sífilis congênita de 2010 a 2017 no município, onde se observou proporcionalmente o HMCD em relação ao universo de notificações das demais unidades hospitalares. As maiores proporções foram os anos de 2012 (9,9%), 2011 (9,6%) e 2017 (9,2%). A menor proporção da maternidade foi no ano de 2015 (2,7%), quando houve a epidemia de Zika, impactando os processos de assistência e vigilância da maternidade. O NVH da unidade opera com baixa capacidade de recursos humanos, não sendo possível responder de forma satisfatória a toda as demandas do período. Este fato inviabiliza o processo de vigilância epidemiológica no hospital de forma integral.

Figura 4 - Notificações de Sífilis Congênita, números absolutos MRJ e relativos HMCD no período de 2010-2017



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação/TabNet (RIO DE JANEIRO, 2018).

Foram notificados 120 casos de Sífilis Congênita no período de janeiro a dezembro de 2017 no HMCD. A maior proporção ocorreu entre as crianças do sexo feminino 51,7%, e também houve dois casos ignorados (1,7%), como observado na tabela 5.

As idades das crianças notificadas com Sífilis Congênita, em sua maioria (80,8%), foram diagnosticadas na fase neonatal precoce (até seis dias de vida). Observou-se ainda um número importante de idade ignorada (13,3%) na amostra. Nesta categoria optou-se por incluir os casos cujas idades não condizem com o perfil da população assistida pela maternidade, como crianças de cinco a doze anos, por exemplo.

Entre os casos notificados foram identificadas apenas três categorias de raça/cor, sendo a parda a de maior proporção (59,2%).

Com relação à evolução dos casos notificados no HMCD no período de 2017, destacam-se os desfechos em que houve perda fetal (5,8% de natimortos e aborto) ou óbitos por Sífilis Congênita (2,5%).

Tabela 5 - Características sociodemográficas dos recém-nascidos com Sífilis Congênita no HMCD, 2017

Características sociodemográficas dos RNs		N (=120)	%
Sexo	Masculino	56	46,6
	Feminino	62	51,7
	Ignorado	02	1,7
Idade (dias)	Até 06 d	97	80,9
	07 a 27 d	6	5,0
	28 d a 1 ano	1	0,8
	Ignorado	16	13,3
Raça/Cor	Branca	20	16,6
	Preta	11	9,2
	Parda	71	59,2
	Ignorado	18	15,0
Evolução	Vivo	110	91,7
	Natimorto	6	5,0
	Óbitos por Sífilis Congênita	3	2,5
	Aborto	1	0,8

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação/TabNet (RIO DE JANEIRO, 2018).

Considerando os dados referentes à idade materna dos casos diagnosticados na unidade de saúde, foi necessário a análise por faixa etária em função do TabNet não disponibilizar esse dado estratificado. Dentre os achados, a maioria se encontrava na faixa de 20 a 34 anos, equivalendo a 71,7%; 26,6% das genitoras estavam na faixa entre 10 e 19 anos e 1,7% tinham entre 35 ou mais anos de idade, conforme tabela 6.

No quesito escolaridade materna 66,7% das notificações eram ignoradas, enquanto que a segunda maior proporção foi de mulheres com o ensino fundamental incompleto (12,5%).

A maior parte dessas mães (92,5%) realizou o pré-natal, período em que mais foram diagnosticadas (74,2%). No entanto, na avaliação do NVH 67,5% receberam tratamento inadequado, enquanto que 28,3% sequer o realizaram.

Sobre o tratamento do parceiro, a informação é de que 74,2% deles não foram tratados, enquanto que 17,5% não apresentaram informação sobre a realização do mesmo.

As variáveis raça/cor e ocupação da mãe embora estejam no Sinan, não estão disponíveis para tabulação no TabNet. A variável “estado civil”, de interesse nesse estudo, também não pode ser analisada por não fazer parte das variáveis do Sinan, estando disponível no Sinasc.

Tabela 6 - Características sociodemográficas maternas dos recém-nascidos com Sífilis Congênita no HMCD, 2017

Características sociodemográficas maternas	N (=120)	(%)
Idade		
10 a 14 anos	1	0,8
15 a 19 anos	31	25,8
20 a 34 anos	86	71,7
35 a 49 anos	2	1,7
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	15	12,5
Ensino fundamental completo	5	4,2
Ensino médio incompleto	9	7,5
Ensino médio completo	11	9,2
Ignorado	80	66,6
Realização de PN		
Sim	111	92,5
Não	9	7,5
Momento do diagnóstico materno		
Durante o PN	89	74,2
Momento do parto/curetagem	24	20,0
Após o parto	7	5,8
Esquema do tratamento materno		
Inadequado	81	67,5
Não realizado	34	28,3
Ignorado	5	4,2
Tratamento do parceiro		
Sim	10	8,3
Não	89	74,2
Ignorado	21	17,5

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação/TabNet (RIO DE JANEIRO, 2018).

8 DISCUSSÃO

A maternidade estudada contribuiu com 9% das notificações de Sífilis Congênita ocorridas nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro no ano de 2017. Contudo, a avaliação da série histórica de 2010 a 2017 apresentou importante subnotificação em 2015, justificado pelo NVH/HMCD pela demanda intensa de gestantes com sinais de febre exantemática ocorrida durante a epidemia de Zika à época. O NVH possui limite de atuação por operar com equipe subdimensionada, o que inviabiliza a execução dos processos de vigilância dos agravos em saúde na unidade de forma plena. Portanto, houve necessidade em priorizar ações de vigilância de arboviroses naquele momento.

A proporção dos casos notificados foi de 2,1% entre os nascidos vivos na unidade. A taxa de detecção de sífilis em gestante do município se apresentou em 48,3/1.000 nascidos vivos para o ano, corroborada pelos dados do Boletim Epidemiológico 2018 e esta se apresentou como a mais alta entre as capitais do país para o ano de 2017, segundo o documento (BRASIL, 2018).

De acordo com os dados do Sinan, o município do Rio de Janeiro, em 2017 apresentou uma taxa de 16,2 casos/1.000 nascidos vivos, ficando próximo à taxa estadual e acima da taxa nacional, que correspondem respectivamente a 17,4/1.000 nascidos vivos e 8,9/1.000 nascidos vivos. A capital apresentou uma taxa quase duas vezes maior se comparada a do país como todo (BRASIL, 2018).

Segundo os dados registrados a taxa de transmissão vertical do *Treponema pallidum* no país vem apresentando um aumento considerável, muito além dos objetivos preconizados pela Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde, que esperam reduzir a incidência de sífilis congênita a $\leq 0,5$ casos/1.000 nascidos vivos, através da Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis congênita na América Latina, a partir do ano de 2010, onde o Brasil é signatário e participante do processo de certificação para a eliminação desses agravos em seu território.

Quanto às perdas fetais: abortos e natimortos (5,8%) e óbitos por sífilis congênita (2,5%), não foi possível calcular a taxa de mortalidade perinatal com os dados apresentados. Todavia, Saraceni e colaboradores (2005a) apontaram que a sífilis é uma causa importante de mortalidade perinatal no município do Rio de Janeiro. Estudos sobre este evento são necessários por se tratar de um importante indicador de qualidade de atenção à saúde da mulher e da criança.

É importante destacar que tanto a subnotificação de casos quanto as informações ignoradas de variáveis relevantes à análise de agravos ocasionam limites ao diagnóstico situacional de saúde. Nesse trabalho não foi possível analisar algumas variáveis referentes à mãe (ocupação, raça/cor, estado civil, tratamento prescrito), assim como o comprometimento da análise da escolaridade devido à alta proporção de ignorados. Também se observou baixa qualidade no registro da idade dos casos de sífilis congênita no momento do diagnóstico, em que se verificaram idades de cinco a doze anos. Estudos como o de Lima e colaboradores (2009) e de Saraceni e colaboradores (2005b) corroboram a importância da qualidade dos dados nos sistemas de informação para a saúde.

A maior proporção dos casos foi entre mães na faixa etária de 20 a 34 anos e de baixa escolaridade. Domingues e Leal (2016) também encontraram esse perfil materno em seu estudo. Apesar de muitas mães terem realizado acompanhamento pré-natal e recebido diagnóstico em tempo oportuno, o tratamento foi inadequado na maior parte das vezes. Lafetá e colaboradores (2016) corroboram com esses achados apontando a necessidade de reestruturação da atenção pré-natal e neonatal.

A segunda maior proporção que refere à faixa etária materna foi observada entre o grupo de mães adolescentes (menores de 20 anos de idade), este perfil também foi encontrado no estudo de Nonato, Melo e Guimarães (2015).

De acordo com a OMS a adolescência é o período de desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade. É a fase de transição entre a infância e a idade adulta. A gravidez ocorrida nesse período é considerada como uma gestação de alto risco tanto para a mãe quanto para o filho pelo fato do corpo da mulher ainda não estar totalmente preparado para o processo reprodutivo, resultando muitas vezes em complicações gestacionais, neonatais e puerperais.

As adolescentes, em sua maioria não têm ainda maturidade e/ou experiências suficientes, sendo assim as ISTs nessa fase também representam maior grau de risco pelo início de práticas sexuais desprotegidas.

Como observado em vários estudos (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011; CAMPOS *et al*, 2012; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), a baixa adesão ao tratamento dos parceiros também foi um destaque neste trabalho em que apenas 8,3% realizaram o tratamento. A proporção de parceiros não tratados corresponde a 74,2%. Porém ao se considerar a proporção com informação sobre tratamento ignorada, esse percentual sobe para 91,7%. Diante das dificuldades relatadas para tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis, Maciel (2017) apontou estratégias de envolvimento dessa população para a

prevenção da sífilis congênita, como por exemplo, a implementação do pré-natal masculino, também recomendado pelo Ministério da Saúde em seu guia destinado a profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2016c) denominado de Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, Rio de Janeiro/MS, 2016.

A importância do tratamento do parceiro sexual materno na prevenção da SC é considerada porque esta medida evita a possibilidade de nova exposição à bactéria, com a reinfecção materna e consequentemente a transmissão da bactéria da gestante para o feto. Considerando que a TV pode ocorrer durante a gestação ou no momento do parto, havendo lesões genitais maternas.

O tratamento do parceiro é indicado pelo MS mesmo em caso de parceiros com testes não reagentes e a orientação é que seja administrada uma dose única de Penicilina benzatina 2,4 Milhões de UI, via IM. As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina (BRASIL, 2018).

Segundo as orientações do Ministério da Saúde, o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência. Quanto ao número ideal de consultas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o define como adequado um número de seis ou mais consultas. Porém essa frequência pode ser menor desde que se tenha maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas, e indicada apenas para pacientes com gestação de baixo risco e sem resultados perinatais adversos. Em casos de gravidez com maior grau de risco deverá haver sempre atenção especial para essas gestantes. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Reforçando que não existe alta do pré-natal (BRASIL, 2012).

A realização do PN tem como objetivo garantir uma gestação saudável e sem complicações evitáveis através de intervenções simples avaliadas durante esse acompanhamento, resultando em um parto seguro e um recém-nascido saudável.

O planejamento reprodutivo e as questões relacionadas com a gestação, o parto e puerpério, de modo geral sempre foram direcionados às mulheres e às gestantes e focavam apenas a mãe e a criança.

Porém, de acordo com o Ministério da Saúde, através do seu Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde lançado pelo MS em 2016, existe atualmente um movimento crescente observado no Brasil e outros países defendendo que os homens podem e devem ser envolvidos integralmente em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha de ser pai à participação solidária na gestação, no parto e no cuidado e na educação das crianças.

Essa estratégia visa romper com o vínculo binômio e histórico mamãe/ bebê passando a fortalecer o vínculo trinômio papai/mamãe-bebê.

O argumento central é que, desta forma, é possível romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero que, por um lado, direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres e, por outro, afastam os homens tanto dos compromissos e dos deveres, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam este universo (BRASIL, 2016c). “Sífilis: nos casos positivos, devem-se tratar as mulheres e seus parceiros para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura e orientá-los sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita” (ELIAS, 2018, p. 3).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída em 2009 através da Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. O objetivo dessa política é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009).

A inclusão do pai/parceiro no acompanhamento PN é corroborada na PNAISH, que aposta na paternidade consciente nos cuidados e no planejamento reprodutivo. Considerando essa ação de extrema importância na atenção à gestação, ao parto e ao nascimento pelo fato de estreitar a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade e principalmente fortalecendo os laços afetivos entre mãe, pai/parceiro e filhos (as) (BRASIL, 2009, p. 28).

É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

O envolvimento do pai/parceiro materno no acompanhamento PN é também uma forma de trazer a população masculina para as ações de promoção da saúde prevenção de doenças na Atenção Básica (AB). Considerando a questão de gênero, que historicamente faz

com que os homens procurem menos este tipo de serviço e só procurando ajuda médica na ocorrência de sintomas. Sendo assim, o Pré-natal do Parceiro pode ser visto como uma porta de entrada do homem no sistema de saúde.

O Pré- natal do parceiro é uma estratégia que poderá contribuir positivamente na prevenção da sífilis congênita, favorecendo a redução da incidência desse grave problema de saúde pública no município do Rio de Janeiro e em todo o país.

9 CONCLUSÃO

Os achados desse estudo foram gerados a partir das informações contidas nas fichas de notificação compulsória, inseridas no Sinan. A ficha de notificação é a ferramenta que alimenta os sistemas de informação em saúde. Portanto, esta se mostra imprescindível para a construção da informação fidedigna. É através destes registros, posteriormente analisados e interpretados e que se define o diagnóstico situacional do território e prioriza as necessidades de saúde. Considerando os recursos limitados o planejamento deve visar sempre maximizar os resultados das ações de saúde programadas para cada local conforme suas características populacionais e prioridades. Apesar de sua importância e grande valor para a vigilância dos agravos de saúde, o correto preenchimento de seus campos ou a digitação das informações nos bancos de dados ainda apresentam falhas.

Verificamos um número alto de fichas sem informação sobre a escolaridade materna, uma informação de grande importância e que é de relevância para a vigilância dos agravos, pois a escolaridade materna tem sempre um impacto positivo na saúde e na vida dos filhos como um todo. O não preenchimento, o preenchimento incorreto dos campos, como também as falhas que podem ocorrer durante a digitação no sistema podem comprometer os dados e desqualificar a informação. Nesse estudo campos como “Sexo ignorado” e “Faixa Etária na data do diagnóstico”, onde foi possível encontrar crianças registradas entre cinco doze anos, uma população incoerente com a atenção prestada pela unidade saúde. Faz-se necessário sensibilizar as equipes ligadas à vigilância dos agravos de saúde quanto à importância do preenchimento dos campos na ficha de notificação e a digitação dessas informações nos sistemas de informações em saúde pela sua necessidade em gerar informações com a confiabilidade necessária para subsidiar o planejamento e a programação de políticas públicas de saúde de forma integral e que irão impactar na melhoria da qualidade de vida das populações, especialmente daquelas que se encontra em situações mais precárias e por sua vez, são as mais vulneráveis.

No presente estudo foi possível observar que a maior parte das mães havia realizado o acompanhamento PN, grande parte delas também foi diagnosticada, teve acesso ao tratamento em tempo oportuno, porém, seus parceiros não realizaram o tratamento. Estes fatos requerem mais estudos para um melhor entendimento de como é feito o percurso da mulher dentro do sistema de saúde do PN até o momento do parto. A maternidade representa a ponta da rede da assistência materna infantil, onde os resultados desse itinerário se refletem como importantes

indicadores da qualidade desse serviço, sendo, portanto o melhor espaço para se avaliar a atenção à gestação, ao parto e ao puerpério.

O sanitarista como profissional da área, tem uma formação multidisciplinar e diferenciada, com sensibilidade para desenvolver uma visão ampla do processo saúde/doença, pois tem a habilidade de entender, a partir do princípio de que saúde não é apenas ausência de doença, mas sim o resultado de tudo aquilo que faz parte da vida dos indivíduos. É fundamental abordar o contexto social em que a população está inserida para que se possa analisar a questão de saúde de forma integral, priorizando aqueles que se apresentam em maior grau de vulnerabilidade, pelo fato de que as carências sofridas por estas pessoas interferem diretamente em sua qualidade de vida. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), como o acesso à educação; trabalho digno e com uma remuneração justa; moradia apropriada, abastecida por água, energia elétrica e saneamento básico; alimentação adequada; acesso ao lazer, a cultura e aos serviços de saúde. Esses DSS impactam na saúde e bem estar dos indivíduos de forma linear. As más condições de vida afetam o bem estar e coloca em risco a saúde física e psicológica dos indivíduos.

Quando se aborda a questão de gênero, percebe-se que as mulheres, comprovadamente são as mais afetadas pela pobreza, pela baixa escolaridade e pela violência doméstica e quando além do gênero, fazemos um recorte para a raça/cor verificamos que é sobre as mulheres negras que essas injustiças sociais recaem com maior grau de intensidade. Cada vez mais as mulheres se tornam chefes de domicílio, cuidam sozinhas da família, geralmente desempenham as ocupações laborais mais precárias e pouco remuneradas. A baixa escolaridade das mães apontada nesse estudo e confirmada por outros tantos é dentre todos os fatores relacionados à qualidade de vida e ao bem estar dos indivíduos o ponto mais crucial do conceito ampliado de saúde, pois a partir de uma boa educação é possível melhorar as condições de vida pelo fato do conhecimento viabilizar o alcance das demais necessidades básicas.

Pensar na resolução para os problemas saúde de forma integral requer uma abordagem intersetorial, haja vista que essas questões transpassam em muito o setor saúde e requer integralização de muitos outros atores sociais, como por exemplo, as Secretarias de Educação, Esporte e Lazer, Urbanismo, Secretaria de Segurança Pública, Sociedade Civil, entre outros. Apenas quando for possível a correção desses problemas estruturais, com a redução das iniquidades sociais, a população poderá usufruir de melhores condições de vida. Enquanto essa situação não muda, cabe ao Estado desenvolver políticas públicas que tenham a

capacidade de solucionar ou minimizar problemas específicos, com ações de saúde que atendam as necessidades de saúde em cada território, com a máxima efetividade.

Com relação às subnotificações observadas em alguns períodos no HMCD através da série histórica apresentada nesse estudo (Figura 3), nota-se que o NHV apresenta um limite de atuação pelo fato estar subdimensionado, com déficit de recursos humanos no local, se fazendo necessário um incremento na equipe de profissionais para atuar na vigilância de saúde da unidade, visando à melhoria do fluxo de trabalho, considerando as demandas existentes na maternidade.

Importante seria reforçar as ações de Educação em Saúde, investir em Educação Continuada para capacitar as equipes de saúde a desenvolverem estratégias de promoção da saúde de forma dialógica, estimulando a participação dos usuários, com incentivo ao autocuidado, colocando estes como protagonistas de suas ações. Assim, como também manter campanhas de conscientização quanto à prática de sexo seguro. O uso de preservativos previne apenas não só contra a sífilis, mas também outras ISTs. A sífilis precisa de mais divulgação quanto, a forma de transmissão, os danos causados ao organismo e a forma de prevenção. Há a necessidade de manter campanhas, sobre o uso de preservativos que se estendam por todo o ano e não apenas no período do carnaval.

A experiência de Cuba, Tailândia, Bielorrússia e outros países que conseguiram interromper o avanço da TV da sífilis em seus territórios demonstraram que conter a epidemia é possível. Observar e procurar entender as estratégias usadas por estes, considerando e adaptando essas ações à realidade brasileira também pode ser um caminho plausível para o enfrentamento desse agravo em nosso país.

O desconhecimento sobre a doença favorece sua propagação, principalmente entre a população mais jovem e sexualmente ativa. O diagnóstico é simples através do Teste Rápido (TR), disponibilizado na Rede de Atenção Básica, o tratamento é gratuito e apesar de alguma resistência pode ser administrado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Porém, a prevenção é sempre o melhor remédio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**: volume único. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretora do DIAHV fala sobre a certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Notícias**, 2017c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/diretora-do-diahv-fala-sobre-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-no>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Senado Federal. Lei cria o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita. **Senado Notícias**, 2017d. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/04/03/lei-cria-o-dia-nacional-de-combate-a-sifilis-e-a-sifilis-congenita>. Acesso em: 13 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança**: Rede Cegonha: estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Decreto de nº 8.901/2016. Que muda a nomenclatura do termo “DST” para “IST”. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 nov. 2016d. Disponível em: <http://www.sgvs.saude.ms.gov.br/2016/12/13/alteracao-da-sigla-do-dst/>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2016e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. As redes de atenção à saúde. **DAB**, [2015?]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em: 01 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **TELELAB: testes rápidos**. Brasília: Ministério da Saúde, [1997]. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/cursos>. Acesso em: 18 dez. 2018

CAMPOS, A. L. A. *et al.* M. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

CASOS de sífilis em adultos no Brasil aumentam 27,9% em 2016. **História, Ciência Saúde Manguinhos**, 2017. Disponível em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/casos-de-sifilis-em-adultos-no-brasil-aumentam-279-em-2016/> Acesso em: 13 jan. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nacer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 766-774, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nacer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-12, 2016.

ELIAS, H. **Saúde da mulher**. [S. l.: s. n.], 2018. (Apresentação em ppt). Disponível em: https://www.enfconcursos.com/uploads/sites/1/2018/03/_15208924715aa6fa375721a.pdf Acesso em: 19 fev. 2019.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 63-74, jan./mar. 2016.

LIMA, C. R. A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009.

MACIEL, C. J. V. G. **Estratégias de prevenção da sífilis congênita**: a atenção a parceiros sexuais. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, out./dez. 2015.

OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 108-111, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe**. Washington, DC: OPAS, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe**. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva: CLAP/SMR, 2009.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental Gerência de DST, HIV/AIDS, Sangue e Hemoderivados. **Boletim Epidemiológico Sífilis: Adquirida; Materna e Congênita**, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=Wn9VIf7uomU%3>. Acesso em: 13 jan. 2019.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Cegonha Carioca**: cuidado humanizado para a mãe e o bebê. [2013?]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>. Acesso em: 31 jan. 2019.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – 2014-2017** – Rio de Janeiro: SMS, 2013. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/web/guest/home - Acessado em: 28 jan. 2019.

SARACENI, V. S. *et al.* Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 419-424, 2005a.

SARACENI, V. S. *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, jul./ago. 2005b.

SEÇÃO B: rede de atenção à gravidez, parto e puerpério (Rede Cegonha). [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/secao-b-rede-de-atencao-a-gravidez-parto-puerperio-e-crianca.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2019.

VASCONCELOS, R. **Para começo de conversa é importante falar da diferença entre IST e DST**. 2018. Disponível em: <https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2018/03/23/para-comeco-de-conversa-e-importante-falar-da-diferenca-entre-ist-e-dst/>. Acesso em: 13 jan. 2019.

VERDÉLIO, Andréia. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, anuncia ações para conter avanço da sífilis no país. **Agência Brasil**, 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-10/casos-de-sifilis-em-adultos-aumentam-279-em-um-ano>. Acesso em: 13 jan. 2019.

VILLELA, Flávia. Rio economiza R\$ 120 milhões com ampliação de clínicas da família. **Agência Brasil**, 2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/rio-economiza-r-120-milhoes-anos-com-ampliacao-de-clinicas-da-familia>. Acesso em: 31 jan. 2019.

APÊNDICE

APÊNDICE A - COMENTÁRIO - A SÍFILIS NO BRASIL

Diante dos números de casos de Sífilis registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos últimos cinco anos e as taxas de detecção se apresentando de forma cada vez mais ascendente. Em outubro de 2016 o Ministro da Saúde Ricardo Barros admitiu que o Brasil estivesse vivendo uma epidemia de Sífilis. Uma das causas para o aumento dos casos foi o desabastecimento da Penicilina benzatina, no Brasil e em muitos países devido à falta de matéria-prima para a produção do fármaco, fato ocorrido entre 2014 e 2015. Os casos de Sífilis Adquirida vêm apresentando um crescimento considerável. Entre os anos de 2015 e 2016, o aumento foi de 27,9% (CASOS, 2017). Em consequência disso, os casos de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita também acompanham essa tendência (VERDÉLIO, 2017).

Com o objetivo de enfatizar a importância do diagnóstico e do tratamento adequados da sífilis como doença sexualmente transmissível e especialmente na gestante durante o pré-natal, em março de 2017 o então Presidente Michel Temer sancionou a Lei Nº 13.430/2017, lei esta que institui o dia anual de combate ao *Treponema Pallidum* e define o terceiro sábado do mês de outubro como o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita. Esta lei também determina o incentivo à participação dos profissionais e gestores de saúde (BRASIL, 2017d).

Como medidas de controle da doença o MS, os estados e municípios pretendem intensificar as ações preventivas, diagnósticas e o acesso ao tratamento, através da estratégia de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção. As cidades com a maior concentração de casos receberão mais recursos financeiros para investir em ações de combate à doença. As ações do MS serão concentradas no diagnóstico; vigilância da transmissão; tratamento; e pesquisa e comunicação.

A compra da Penicilina benzatina será centralizada e abastecerá a rede pública para o tratamento da sífilis adquirida, em gestantes e também a Penicilina cristalina para o tratamento de bebês até o ano de 2019.

Uma das ações do plano no controle da Sífilis é qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico com o aumento da testagem, principalmente nas gestantes. (Revista História, Ciência e Saúde de Manguinhos, 2017).

Estas são algumas medidas, que poderão conter a epidemia de sífilis no país e contribuirão consequentemente com a redução dos casos de sífilis congênita.

Em 14 de novembro de 2016 o Decreto de nº 8.901/2016, foi publicado no Diário Oficial da União (DOU), onde determina a mudança da nomenclatura utilizada até o momento de “DST” para “IST”. A mudança se deu pelo fato da sigla DST (Doença Sexualmente Transmissível) se referir à presença de sintomas, mas como a transmissão dessas infecções podem ser passadas de um indivíduo para o outro independentemente destes, faz mais sentido a nomenclatura para IST (Infecção Sexualmente Transmissível), já usado pela OMS (BRASIL, 2016d).

ANEXOS

ANEXO A - PORTARIA Nº 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986

PORTARIA Nº 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986 MS/GM

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 44 do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, e tendo em vista o disposto no parágrafo único, item II, do art. 13, resolve:

Para efeitos de aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria ministerial nº 608/Bsb, de 28 de outubro de 1979, a SÍNDROME DE IMUNODEFIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS e a SÍFILIS CONGÊNITA.

II - Os casos confirmados de AIDS e Sífilis Congênita deverão ser obrigatoriamente notificados às autoridades sanitárias com observância das normas legais e regulamentares aprovadas.

III - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ROBERTO FIGUEIRA SANTOS

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA					
Definição de caso: Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida. Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita. Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9		
	4 UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade				
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
	Antecedentes Epidemiológicos da gestante / mãe	31 Idade da mãe	32 Raça/Cor da mãe	33 Ocupação da mãe	
34		Escolaridade			
35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF	37	Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)
Dados do Lab. da gestante / mãe	38	Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código	
	39	Diagnóstico de sífilis materna			
	40	Teste não treponêmico no parto/curetagem		41 Título	42 Data
	43	Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem			
Trat. da gestante / mãe	44	Esquema de tratamento		45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante
	1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Sífilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008					

Aut. Epidemiol. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema _____ 2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome		Função	Assinatura	

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

* É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou - tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou - elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

ANEXO C - PORTARIA Nº 33, DE 14 DE JULHO DE 2005

14/01/2019

Ministério da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

PORTARIA Nº 33, DE 14 DE JULHO DE 2005

Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 e, considerando o disposto no Art. 4º da Portaria nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1º - Incluir à Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, os casos suspeitos ou confirmados de Doença de Creutzfeldt - Jacob; Sífilis em Gestante; Síndrome Febril Ictero-hemorrágica Aguda; e Eventos Adversos Pós-Vacinação, conforme disposto no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. A ocorrência de agravo inusitado à saúde, independentemente de constar da Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificado imediatamente às autoridades sanitárias mencionadas no caput deste artigo.

Art. 2º - As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados de forma imediata às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar imediatamente à SVS/MS, por meio de:

I. correio eletrônico notifica@saude.gov.br; ou

II. por telefone: 061 33153659 ou fax: 061 33153658, da Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes - GTDER/ CGDT/DEVEP/MS, sem prejuízo do registro das notificações pelos procedimentos rotineiros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 3º - Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas punitivas cabíveis.

Art. 4º - Os resultados dos exames laboratoriais das doenças relacionadas no Anexo III desta Portaria, devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, por meio da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública - CGLAB/DEVEP/SVS.

Art. 5º - A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, deve obedecer à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 6º - Aos gestores municipais e estaduais do SUS é vedada a exclusão de doenças e agravos componentes do elenco nacional de doenças de notificação compulsória.

Art. 7º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO I

Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória

- I. Botulismo
- II. Carbúnculo ou "Antraz"
- III. Cólera
- IV. Coqueluche
- V. Dengue
- VI. Difteria
- VII. Doença de Creutzfeldt-Jacob
- VIII. Doenças de Chagas (casos agudos)
- IX. Doenças Meningocócica e outras Meningites
- X. Esquistossomose (em área não endêmica)

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html

1/3

14/01/2019

Ministério da Saúde

XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação
 XII. Febre Amarela
 XIII. Febre do Nilo Ocidental
 XIV. Febre Maculosa
 XV. Febre Tifóide
 XVI. Hanseníase
 XVII. Hantavírose
 XVIII. Hepatites Virais
 XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
 XX. Leishmaniose Tegumentar Americana
 XXI. Leishmaniose Visceral
 XXII. Leptospirose
 XXIII. Malária
 XXIV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
 XXV. Peste
 XXVI. Poliomielite
 XXVII. Paralisia Flácida Aguda
 XXVIII. Raiva Humana
 XXIX. Rubéola
 XXX. Síndrome da Rubéola Congênita
 XXXI. Sarampo
 XXXII. Sífilis Congênita
 XXXIII. Sífilis em gestante
 XXXIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
 XXXV. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
 XXXVI. Síndrome Respiratória Aguda Grave
 XXXVII. Tétano
 XXXVIII. Tularemia
 XXXIX. Tuberculose
 XL. Varíola

ANEXO II

Agravos de notificação imediata via fax, telefone ou e-mail, além da digitação e transferência imediata, por meio magnético, através do SINAN

I. Caso suspeito de:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Peste
- h) Raiva Humana
- i) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- j) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- k) Varíola
- l) Tularemia

II. Caso confirmado de:

- a) Poliomielite
- b) Sarampo
- c) Tétano Neonatal

III. Surto ou agregação de casos ou agregação de óbitos por:

- a) Agravos Inusitados
- b) Difteria
- c) Doença de Chagas Aguda
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

ANEXO III

Resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou "Antraz"
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza Humana

14/01/2019

Ministério da Saúde

- h) Poliomielite
- i) Peste
- j) Raiva Humana
- k) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- l) Variola
- m) Tularemia
- n) Sarampo

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- a) Agravos Inusitados
- b) Doença de Chagas Aguda
- c) Difteria
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO D - PORTARIA 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016, MS/GM (BRASIL, 2016E)

29/04/2018

Ministério da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA NO - 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências; Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 56ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clinicoepidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II

D A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

29/04/2018

Ministério da Saúde

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Art. 14.

Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação	X	X	X	

29/04/2018

Ministério da Saúde

	intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Variola				
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavirus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	

25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	

29/04/2018

Ministério da Saúde

39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

* Informação adicional: Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS; Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde) A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO E - LEI Nº 13.430/2017, DE 31 DE MARÇO DE 2017

LEI Nº 13.430, DE 31 DE MARÇO DE 2017

Institui o Dia Nacional de Combate
à Sífilis e à Sífilis Congênita.

OPRESIDENTEDAREPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita, a ser comemorado no terceiro sábado do mês de outubro de cada ano.

Art. 2º As normas regulamentadoras determinarão as atividades a serem desenvolvidas em decorrência desta Lei. Parágrafo único. Será estimulada a participação dos profissionais e gestores de saúde nas atividades, com vistas a enfatizar a importância do diagnóstico e do tratamento adequados da sífilis na gestante durante o pré-natal e da sífilis em ambos os sexos como doença sexualmente transmissível.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos após decorridos trinta dias de sua regulamentação oficial.

Brasília, 31 de março de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER

Ricardo José Magalhães Barros

ANEXO F - DECRETO DE Nº 8.901/2016, PUBLICADO NO D.O.U EM 11/11/2016, QUE MUDOU A NOMENCLATURA DO TERMO “DST” PARA “IST”

novembro 14, 2016 - 14:30

Departamento passa a utilizar nomenclatura “IST” no lugar de “DST”

Segundo a diretora Adele Benzaken, “doenças” implica sintomas e sinais visíveis no organismo, enquanto “infecções” refere-se a períodos sem sintomas e já é usado pela OMS

Conteúdo extra!

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passa a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis). A nova denominação é uma das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº 8.901/2016 publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17.



“A denominação ‘D’, de ‘DST’, vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do Herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais”, explicou a diretora do Departamento, Adele Benzaken, “O termo IST é mais adequado e já é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos principais Organismos que lidam com a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis ao redor do mundo”, completou.

Adele Benzaken já solicitou aos funcionários do Departamento que passem a utilizar o termo IST na elaboração de documentos técnicos e na assinatura de mensagens eletrônicas.

Assessoria de Comunicação
Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais
Conheça também a página do DDAHV no Facebook:
<https://www.facebook.com/DSTAidsHV>

Tags: Notícias do Dep. de DST, Aids e Hepatites Virais